



Mitt hjärtas syster II

Kvinnors och vårdpersonals
upplevelser av traumafokuserad
behandling vid Röda Korsets
behandlingscenter för
krigsskadade och torterade

Linda Jolof
Patricia Rocca



Mitt hjärtas system II

ISBN: 978-91-983684-8-2

Illustratör framsida: Yasmina Karli Malmsten

Illustratörer i rapporten: Yasmina Karli Malmsten, Klara Nordin Stensö

Tryck: Typografiska 2023

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Mitt hjärtas system II

Kvinnors och vårdpersonals upplevelser av
traumafokuserad behandling vid Röda Korsets
behandlingscenter för krigsskadade och torterade



Röda Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Förord

”En kvinna är som en glasvas – vid minsta spricka är hon förstörd.” Patienten som berättade om uttrycket sa att hennes första repa tillfogats henne vid mycket tidig ålder. Efter det lärde hon sig att män har makten och att hon skulle tvingas förhålla sig till det hela livet. Så blev det också – män bestämde när hon lämnade hemmet, över hennes skolgång. Äktenskap arrangerades och våld var vardag. Utanför hemmets väggar fanns ett samhälle som hindrade skilsmässa men tillät övergrepp. Hon hade aldrig haft pengar i sin hand eller smakat frihet. När kriget kom trasades livet sönder helt.

På Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade möter vi patienter som utsatts och upplevt utsatthet just för att de är kvinnor. Om bland annat detta handlade Mitt hjärtas syster-projektets första rapport. Läsaren fick via den inblick i hur krig, konflikt och flykt drabbar kvinnor.

I projektets andra del är blicken nu riktad mot vården, mot oss som möter flyende kvinnor i det som ska vara ett tryggt och jämställt mottagarland. Rapportförfattarna visar via intervjuer med vårdpersonal och före detta patienter hur vi inom hälso- och sjukvården alltför ofta misslyckas med att se de begränsande strukturerna som kvinnor möter och hur förtryck därmed riskerar att upprätthållas och fortsätta påverka deras liv. När det är män som upprepat har skadat dig för att du är kvinna upplevs världen full av förövre.

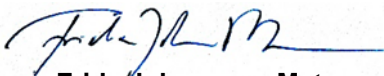
Flera av patienterna i studien berättar om hur rädslan för män lever vidare i Sverige, också i kontakt med vården – en kallelse till en manlig psykolog kan leda till avbokning, en manlig tolk att det som behöver sägas inte uttrycks. Om tystnadsplikt inte förklaras känner sig många otrygga att berätta om sina traumatiska erfarenheter ens för vårdpersonal.

När vi inte anpassar oss efter patientens behov och förutsättningar ger vi inte jämlik vård. Ökad förståelse för patienternas livssituation

är till hjälp för vårdgivare som annars kan utmanas av att kvinnliga patienter sällan har utrymme att prioritera sin egen hälsa.

Så hur kan kvinnors rättigheter tillgodoses inom svensk sjukvård? Flera av de som intervjuats i projektet berättar hur de passiviseras i Sverige. De beskriver hur underskott på information om rättigheter bidrar till rädsla att göra fel hos den som vet att kvinnors misstag kan bestraffas hårt. De uttrycker att de utifrån sina erfarenheter behandlats som att de inte är kapabla att ta hand om sig själva och sina familjer – som om förtryck ofrånkomligen berövat dem makt snarare än förfinat färdigheter och mobiliserat motståndskraft. Mer än andra vet de att inte ge upp efter att livet gått i kras. De har lärt sig hur glas, likt vasen i liknelsen, kan återvinnas och omformas. Vad kvinnorna önskade var att få förutsättningar att samla ihop skärvorna.

Mitt hjärtas syster-projektets ambition är att vara en del av den frihetskamp som många av kvinnorna fört sedan barnsben. Författarna dokumenterar råd, erfarenheter och vad vi kan göra för att sprida kunskap. De visar hur vi kan få patienter att längta till något så krävande som traumafokuserad behandling – när den blir tillgänglig som en väg mot ett friare och mer helt liv.



Frida Johansson Metso

Leg. psykolog, samordnare Röda Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering



Vi vill tacka...

Vi skulle vilja rikta ett stort tack till alla er som gjort arbetet med detta projekt möjligt. Vi känner stor tacksamhet över att ha fått möjligheten att fördjupa oss i ett ämne som är så viktigt och som vi brinner för.

Ett särskilt stort tack vill vi rikta till vår handledare Tommy Carlsson för trygg vägledning i det vetenskapliga arbetet. Vi vill även framföra ett tack till de personer som ställt upp i intervjuer för denna rapport; till våra kollegor på Röda Korsets behandlingscenter runt om i Sverige som delat med er av det viktiga arbete som ni gör för kvinnor med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt.

Och förstås; till er modiga kvinnor som delat med er av era erfarenheter av att delta i traumafokuserad behandling på något av centren.

Linda Jolof
Patricia Rocca

**”vi rör oss framåt när
vi upptäcker hur uthålliga
och häpnadsväckande
kvinnorna runt oss är”**

Rupi Kaur
Mjök och Honung
Modernista 2019
Översättare Sandra Beijer

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	8
Sammanfattning på lättare svenska	9
Abstract in English	10
Introduktion	11
Bakgrund	12
Flyktingkvinnors hälsa och tillgång till vård	12
Tillgång till traumavård i Sverige	13
Syfte	15
Metod	16
Delstudie 1	16
Rekrytering av deltagare	16
Inhämtande av samtycke	16
Datainsamling	17
Delstudie 2	17
Rekrytering av deltagare	17
Inhämtande av samtycke	17
Datainsamling	17
Hantering av samtyckesblanketter, ljudfiler och transskript för delstudie 1 och 2	18
Analys	18
Resultat	20
Delstudie 1	20
Betydelsen av att stärka kvinnors möjligheter att överkomma individuella och strukturella barriärer till vård och stöd	22
Att leva med och hantera fysiska och psykiska besvär i en utmanande psykosocial situation och att se förändringar i måendet över tid	25
Stödjande och omsorgsbaserad interdisciplinär traumafokuserad behandling upplevs som hjälpsam men krävande	28
Delstudie 2	31
Kvinnor utsätts för könsbaserat våld och lever i patriarkala strukturer som påverkar deras livssituation och hälsa men de uppvisar samtidigt styrka och motståndskraft	32
Strukturella, psykosociala och individuella barriärer försvårar för kvinnor att söka och tillgodogöra sig adekvat vård och stöd	35

På Röda Korsets behandlingscenter finns möjligheter att ge kvinnor adekvat vård och stöd men mer specifik kunskap och samverkan behövs	38
Diskussion	43
Resultatdiskussion	44
Metoddiskussion	47
Rekommendationer	48
Kliniska rekommendationer.....	48
Ytterligare forskning	49
Författarna	50
Handledare	50
Referenser	51
Bilagor	56

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka kvinnors och vårdpersonals erfarenheter av traumafokuserad behandling på Röda Korsets behandlingscenter i Sverige, samt hur behandlingen kan förbättras för kvinnor.

Metod: Kvinnor med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt som deltagit i behandling på Röda Korsets behandlingscenter intervjuades och fokusgrupper hölls med vårdpersonal på centren. Materialet spelades in, transkriberades och analyserades genom systematisk textkondensering.

Resultat: Kvinnor uppvisar fysisk och psykisk ohälsa samt lever i en svår psykosocial situation. Enligt fokusgrupperna och kvinnorna själva var bemötandet på Röda Korsets behandlingscenter uppskattat. Kvinnorna fick positiva hälsoeffekter av behandlingen, dock beskrevs den som utmanande av både vårdpersonal och kvinnorna. Flera barriärer för vård identifierades liksom flera förbättringsförslag för hur vården kan anpassas för att bättre möta kvinnors behov.

Slutsats: Traumafokuserad behandling kan ge positiva effekter på kvinnors hälsa. Det behövs ett holistiskt synsätt avseende hälsa i arbetet med målgruppen och de bör involveras i utvecklandet av behandlingsinsatser för dem. Det behövs en bättre samverkan mellan vården och andra myndigheter och civilsamhället. Mer genusspecifik och kulturellt sensitiv forskning behövs för att kunna utveckla och erbjuda adekvat vård och stöd.

Sammanfattning på lättare svenska

Kvinnor som upplevt krig, tortyr och flykt har ofta utsatts för våld. De kan behöva vård. I den här rapporten har vi tagit reda på vad vi kan göra för att göra vården bättre för kvinnor.

Rapporten består av två delar. I den första delen har vi pratat med kvinnor som fått vård av Röda Korset. De flesta tyckte att vården var bra. De tyckte att vårdpersonalen var vänlig. Vården hjälpte dem. Men det var jobbigt att få vård och prata om det som hänt. Det kan också vara svårt att få rätt vård när de mår dåligt.

I den andra delen av rapporten har vi pratat med vårdpersonal på Röda Korset. Vårdpersonalen säger att kvinnorna lever i en svår situation. De säger att kvinnorna är starka. Kvinnorna gör sitt bästa för att ta hand om sina familjer.

Kvinnor och vårdpersonal gav förslag på hur vården kan bli bättre. Det behövs mer samarbete mellan vården och samhället. Det behövs mer information om var kvinnor kan få hjälp. Deras familjer behöver också information. Kvinnorna vill gärna träffas i grupp med andra kvinnor. De vill prata om sina rättigheter.

Det behövs mer forskning för att veta vad vi kan göra för att kvinnor ska få den vård de behöver.

Abstract in English

Aim: To explore experiences of trauma informed care among women who are forced migrants and health care personnel at the Red Cross Treatment Center for persons affected by war and torture in Sweden.

Methods: Women who had concluded treatment at the centers were interviewed about their experiences and focus groups were held with health care personnel at the centers. The interviews were audio recorded and analysed with systematic text condensation.

Results: Women dealt with mental and physical manifestations in a challenging psychosocial situation. Both women and the health care personnel experienced that the treatment that the women were given was recalled as helpful and compassionate. However, undergoing treatment was also considered demanding. Various barriers were addressed that hinder women gaining access to adequate health services. Participants and health care personnel suggested ways for enhancing the trauma informed care for women.

Conclusion: Trauma informed care can have positive effects on women's health. A holistic approach to health is essential when working with the target group and the women should be involved in the development of treatment interventions for them. There is a need for better collaboration between health care and stakeholders of civil society. More gender specific and culturally sensitive research is needed to be able to offer adequate care and support.

Introduktion

I den tidigare publicerade rapporten “Mitt hjärtas syster: Upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och interventioner anpassade för dem – en litteraturstudie” presenteras resultaten från två litteraturoversikter. Resultaten visar att kvinnors upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt är multidimensionella och att hälsokonsekvenserna är både komplexa och allvarliga. Kvinnor använder sig av flera copingstrategier för att hantera det som de går igenom, där användandet av socialt stöd verkar vara särskilt viktigt för målgruppen. Vidare visar resultaten att det endast finns lite forskning kring vilka behandlingsmodeller som är verksamma för att främja en god hälsa hos målgruppen. Det saknas även forskning om hur interventioner kan anpassas för att bättre passa kvinnors behov och förutsättningar. I rapporten ges förslag på vidare forskning och för det kliniska arbetet, där gruppbaserat kamratstöd lyfts som en särskilt lovande insats för målgruppen.

Projektet Mitt hjärtas syster är ett samarbete mellan Röda Korsets Högskola, Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering och Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) i Malmö. RKC Malmö är ett av sex behandlingscenter i Sverige, med övriga center belägna i Göteborg, Skövde, Stockholm, Uppsala och Skellefteå. RKC Malmö har en filial i Hässleholm och Skellefteåcentret har filialer i Umeå och Luleå. Målet för behandlingsverksamheten är att erbjuda vård och traumafokuserad behandling till personer med flyktningbakgrund som lider av psykisk ohälsa till följd av krig, tortyr och/eller svåra flyktupplevelser. Röda Korsets grundprinciper om humanitet och opartiskhet utgör grunden för verksamheten, och vård ges till personer oavsett deras juridiska status i Sverige. Den traumafokuserade behandlingen utgår från ett helhetsperspektiv på hälsa och därför finns flera olika professioner representerade på centren – administratörer, psykologer/psykoterapeuter,

fysioterapeuter och kuratorer. På ett av centren finns också läkare och egna tolkar anställda, medan övriga center använder sig av externa tolktjänster. Förutom traumafokuserad behandling erbjuds anhörigstöd och inom centren finns också kompetens att utföra tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet. Regionala skillnader gör att behandlingscentren kan ha olika uppdrag beroende på behoven i regionen, men också utifrån vad andra vårdaktörer erbjuder för insatser lokalt. Sammantaget arbetar RKC för att erbjuda vård och stöd till flyktingpopulationen och strävar efter att anpassa sig till de behov som finns i varje region.

Bakgrund

Flyktingkvinnors hälsa och tillgång till vård

Kvinnors underordnade maktposition till följd av globala patriarkala strukturer påverkar hela deras liv, inte minst deras hälsa och tillgång till vård (1–3).

Forskning visar att kvinnor med flyktingbakgrund lider av såväl fysisk som mental ohälsa, inte sällan relaterat till tidigare traumatiska händelser som de upplevt (4–6). Även om flyktingpopulationen som helhet uppvisar många symptom på ohälsa (7–9), så verkar kvinnor lida av en större ohälsa än vad män inom samma population gör (4). De uppvisar en större smärtproblematik, har sämre fysisk rörlighet och lägre livskvalitet jämfört med motsvarande grupp män (4). Kvinnor uppvisar mer symptom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest/depression och somatisering trots att de rapporterar färre traumatiska händelser än män (10,11). Det verkar som att kvinnors och mäns traumatiska upplevelser skiljer sig åt; kvinnor är i högre utsträckning utsatta för familjerelaterat och sexualiserat våld (11,12).

Kvinnor med flyktingbakgrund fortsätter att uppleva ohälsa även efter att de har anlänt till det nya värdlandet (4,6,13). Trots omfattande ohälsa står flyktingkvinnor som grupp långt ifrån hälso- och

sjukvården (14,15). Det verkar finnas särskilda utmaningar för kvinnor vad gäller att söka och tillgodogöra sig vård. Exempel på sådana utmaningar är språkbarriärer, rädsla för stigmatisering och vårdens avsaknad av kulturanpassade insatser (16). Kvinnors ekonomiska situation, bristande tillit till sjukvårdssystemet eller att det ibland är kvinnors familj som fattar beslut åt dem är ytterligare exempel på barriärer (17).

Tillgång till adekvat vård är en mänsklig rättighet enligt Världshälsoorganisationens (WHO) (18). För stater som undertecknat artikel 12 i Förenta Nationernas konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är det deras skyldighet att säkerställa tillgänglig hälso- och sjukvård för alla personer i landet (19).

I Sverige har flyktingar som fått uppehållstillstånd rätt till vård i samma utsträckning som svenska medborgare.

För asylsökande och papperslösa

vuxna är sjukvården skyldig att erbjuda vård som inte kan anstå, men vårdgivare kan också erbjuda mer vård än det som anges i regelverken. För asylsökande och papperslösa barn gäller fullständiga rättigheter till vård (20).

”
Trots omfattande ohälsa står flyktingkvinnor som grupp långt ifrån hälso- och sjukvården

Tillgång till traumavård i Sverige

I Sverige finns, som beskrivits ovan, sex behandlingscenter inom Svenska Röda Korset som erbjuder specialiserad vård för personer med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt. Utöver dessa center finns möjlighet till traumabehandling även hos andra vårdaktörer.

I en rapport från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri beskrivs tillgången till specialiserad vård för traumatiserade barn och vuxna. Specialiserad traumabehandling erbjuds i ungefär hälften av landets regioner men tillgången är ojämnt fördelad över landet. I flera regioner ligger ansvaret för att erbjuda PTSD-behandling på

primärvården men det är oklart hur den faktiska kompetensen på vårdcentralerna ser ut. Tillgången till specialiserad traumabehandling på nationell nivå beskrivs som låg vilket leder till att många i behov inte får rätt vård (21).

Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av PTSD hos vuxna (22) baseras på rapporten "Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults" från National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (23). Denna rapport sammanställer tillgänglig internationell forskning inom området. Evidensläget för psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av PTSD hos vuxna i ett internationellt perspektiv anges vara lågt till mycket lågt. Trots det låga evidensläget finns ett antal rekommendationer för psykologisk behandling, främst Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) och olika varianter av kognitiv beteendeterapi (KBT). Den medicinska behandlingen grundar sig också på rekommendationer i NICE-rapporten (23). När det gäller fysioterapeutisk behandling vid PTSD rekommenderas Basal Kroppskännedom (BK); en behandlingsmetod som syftar till att öka medvetenheten om och stärka de egna kroppsliga resurserna (22). Allt arbete som bedrivs inom Röda Korsets behandlingsverksamheter, inklusive det psykosociala arbetet och anhörigverksamheten, utgår från olika bestämmelser inom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (24).

Enligt Socialstyrelsen finns det, ur ett nationellt perspektiv, ett betydande behov av att tillhandahålla adekvat vård för personer med PTSD-symtom. För att möta detta behov krävs flera olika insatser. Dessutom konstateras det att det behövs mer forskning, till exempel vad gäller det bästa tillvägagångssättet för att behandla komplex PTSD eller olika subgrupper av patienter med PTSD (22).

Syfte

Det övergripande syftet med de genomförda studierna var att undersöka kvinnors och vårdpersonals erfarenheter av traumafokuserad behandling på Röda Korsets behandlingscenter i Sverige samt hur behandlingen kan förbättras för kvinnor, se tabell 1.

Tabell 1. Syfte och frågeställningar för delstudie 1 och 2

	Syfte	Frågeställningar
Delstudie 1	Att undersöka kvinnliga före detta patienters upplevelse av att ta emot vård och stöd vid RKC och hur denna behandling kan förbättras för målgruppen.	<i>Hur har dessa kvinnor upplevt den traumafokuserade behandlingen och det psykosociala stödet som de tagit del av?</i> <i>Vad har genomgången traumafokuserad behandling haft för betydelse för deras egenupplevda hälsa och välbefinnande?</i> <i>Vilka utmaningar och barriärer finns för dessa kvinnor vad gäller att tillgodogöra sig traumafokuserad behandling och/eller psykosocialt stöd?</i> <i>Hur kan den traumafokuserade behandlingen och det psykosociala stödet anpassas efter kvinnornas behov och livssituation?</i>
Delstudie 2	Att undersöka RKC-personalens upplevelse av att erbjuda målgruppen vård och stöd och hur denna behandling kan förbättras för målgruppen.	<i>Vilka specifika behov ser vårdpersonal att målgruppen har utifrån att de är kvinnor och hur arbetar de för att tillgodose dessa behov?</i> <i>Vilka kunskapsluckor i det kliniska arbetet beskriver vårdpersonalen?</i> <i>Vilka utmaningar och barriärer finns för dessa kvinnor vad gäller att tillgodogöra sig traumafokuserad behandling och/eller psykosocialt stöd?</i> <i>Hur kan den traumafokuserade behandlingen och det psykosociala stödet anpassas efter kvinnornas behov och livssituation?</i>

Metod

Delstudie 1

Rekrytering av deltagare

Administratörerna på RKC tog fram listor med kvinnor som avslutat sin behandling och tillfrågade i omvänd kronologisk ordning potentiella deltagare om intresse att delta i studien. De började med de kvinnor som hade avslutat sin behandling mest nyligen och arbetade sig sedan bakåt i tiden. Inklusionskriterierna var att kvinnorna skulle vara över 18 år och ha avslutat sin behandling på RKC. Orsak till avslut spelade ingen roll, inte heller huruvida behandlingen genomförts i sin helhet eller inte. Kvinnorna kontaktades telefonledes av projektmedlemmarna LJ eller PR eller av administratörerna vid respektive center. Ingen av kvinnorna kontaktades av en behandlare som de tidigare gått i behandling hos. Studiedeltagarna bokades sedan in för en digital intervju/telefonintervju eller för intervju på det RKC som de tidigare fått behandling på. Intervjuerna genomfördes av antingen LJ eller PR och vid behov användes professionella tolkar, som antingen var närvarande på plats eller via telefon. Studiedeltagarna intervjuades inte av någon som de tidigare gått i behandling hos.

Inhämtande av samtycke

Inför digitala intervjuer skickades samtyckesblankett och informationsbrev om studien (bilaga 1) till deltagaren via post tillsammans med ett frankerat kuvert för retur till projektgruppen. I de fall intervjun gjordes på plats delades samtyckesblankett och informationsbrev ut för underskrift till studiedeltagaren innan intervjun påbörjades. Inför varje intervju gavs också muntlig information om studien och deltagarna fick möjlighet att ställa frågor.

Datainsamling

Data samlades in genom semi-strukturerade individuella intervjuer, där en på förhand utvecklad intervjuguide användes (bilaga 2). Innan intervjun påbörjades fick deltagarna svara på frågor om sin bakgrund/identitet. Intervjuerna spelades in på ljudfil med extern diktafon, vid varje intervju användes två diktafoner. Intervjuerna var 40–60 minuter långa.

Delstudie 2

Rekrytering av deltagare

Projektgruppen kontaktade verksamhetscheferna vid de olika RKC som i sin tur tillfrågade sina medarbetare om intresse att delta i studien. Inklusionskriterierna för delstudie 2 var att vårdpersonalen skulle vara anställd på RKC. Intresserade deltagare kontaktades av projektgruppen och bokades in för fokusgrupper, antingen digitalt eller på plats vid det RKC som de arbetade på. Två psykologkandidater närvarande under diskussionerna. De var inte anställda på RKC och deltog inte aktivt i diskussionerna, varför de inte finns representerade i det slutgiltiga resultatet.

Inhämtande av samtycke

Vid digitala fokusgrupper skickades samtyckesblankett och informationsbrev om studien (bilaga 3) till deltagare via e-post innan fokusgruppen genomfördes. Studiedeltagare skannade in den utskrivna och signerade blanketten och skickade den i retur till projektgruppen via e-post. I de fall fokusgruppsdiskussionerna hölls på plats delades informationsbrev ut och skriftligt samtycke inhämtades för samtliga deltagare innan diskussionen påbörjades.

Datainsamling

Data samlades in genom semi-strukturerade fokusgruppsdiskussioner, där en projektmedlem agerade moderator och en

annan observatör och sekreterare. En på förhand utvecklad intervjuguide användes under diskussionerna (bilaga 4). Innan diskussionen påbörjades fick deltagarna svara individuellt på frågor om sin bakgrund och identitet. Diskussionerna spelades in på ljudfil med extern diktafon, vid varje intervju användes två diktafoner. Fokusgrupperna var mellan 50–70 minuter långa.

Hantering av samtyckesblanketter, ljudfiler och transskript för delstudie 1 och 2

Samtliga studiedeltagare i delstudie 1 och 2 tilldelades unika studiespecifika kodnycklar. Samtyckesblanketterna skannades och sparades som PDF-filer namngivna med kodnyckel samt respondentens efternamn. Ljudinspelningarna transkriberades ordagrant och eventuella identifierbara personuppgifter som till exempel namn och platser togs bort. Både ljudinspelningarna och transkriptionerna namngavs enligt respondentens kodnyckel. Alla ljud- och textfiler lagrades på lösenordskyddade USB-minnen som förvarades i mindre läsbara kassalådor. Dessa förvarades i sin tur i låsta brandsäkra skåp på RKC Malmö. Endast projektmedlemmarna LJ och PR hade tillgång till nycklarna till kassalådorna. Samtyckesblanketter respektive kodnycklar förvarades i separata lösenordskyddade USB-minnen som även de förvarades separat i brandsäkra skåp på RKC Malmö. Originalversionerna av samtyckesblanketterna förstördes efter att de skannats och sparats digitalt. Dessa åtgärder vidtogs för att skydda deltagarnas integritet, säkerställa konfidentialitet och för att följa forskningsetiska riktlinjer.

Delstudie 1 och 2 är godkända av Etikprövningsmyndigheten (nr 2022-03636-01).

Analys

Intervjumaterialet analyserades enligt Malteruds systematiska textkondensering, som är en deskriptiv och utforskande metod som

lämpar sig väl för kvalitativa studier (25). Metoden har ett pragmatiskt tillvägagångssätt och består av fyra steg (tabell 2).

Tabell 2. Analysprocessen enligt Malterud

Analyssteg	Beskrivning av analyssteg
Steg 1 Helhetsintryck – från kaos till överskådlig bild	Projektmedlemmarna LJ, PR och TC läste igenom samtliga transskript var för sig och identifierade preliminära teman. Dessa diskuterades tills konsensus uppnåddes.
Steg 2 Meningsbärande enheter – från tema till kod	Meningsbärande enheter identifierades och sorterades för att därefter kodas. Detta gjordes av projektmedlemmarna LJ och PR tillsammans och stämdes sedan av med TC. Detta steg gjordes i flera omgångar innan konsensus uppnåddes.
Steg 3 Kondensering – från kod till mening	I detta steg påbörjades struktureringen av de meningsbärande enheterna inom varje kod, vilket kan innebära att nya koder tillkommer, andra sorteras bort eller slås ihop. De meningsbärande enheter som var kvar delades sedan in i subgrupper. Vidare gjordes konstgjorda citat, vilket är en sammanfattning av de meningsbärande enheternas innehåll. Detta steg gjordes i flera omgångar av LJ och PR tillsammans och stämdes av med TC tills konsensus uppnåddes.
Steg 4 Sammanfattning – från kondensering till beskrivning och begrepp	I detta steg skapades den analytiska texten och citat som gestaltar resultaten valdes ut. Den analytiska texten skrevs av LJ och PR och stämdes av med TC.

Resultat

I tabell 3 presenteras de teman som analysprocessen resulterade i för delstudie 1 och 2.

Tabell 3. Resultat efter systematisk textkondensering av intervjuer med kvinnor och fokusgrupper med vårdpersonal

Teman efter analys av intervjuerna med kvinnorna

Betydelsen av att stärka kvinnors möjligheter att överkomma individuella och strukturella barriär till vård och stöd.

Att leva med och hantera fysiska och psykiska besvär i en utmanande psykosocial situation och att se förändringar i måendet över tid.

Stödande och omsorgsbaserad interdisciplinär traumafokuserad behandling upplevs som hjälpsam men krävande.

Teman efter analys av fokusgruppdiskussionerna

Kvinnor utsätts för könsbaserat våld och lever i patriarkala strukturer som påverkar deras livssituation och hälsa men de uppvisar samtidigt styrka och motståndskraft.

Strukturella, psykosociala och individuella barriärer försvårar för kvinnor att söka och tillgodogöra sig adekvat vård och stöd.

På Röda Korsets behandlingscenter finns möjligheter att ge kvinnor adekvat vård och stöd men mer specifik kunskap och samverkan behövs.

Delstudie 1

Sammanlagt intervjuades elva kvinnor på fem av de sex RKC som finns i Sverige. Sju intervjuer utfördes med hjälp av tolk. Samtliga hade träffat psykolog, nio av kvinnorna hade fått fysioterapi individuellt eller i grupp. Sex kvinnor hade träffat kurator, tre hade deltagit i familjeverksamhet och tre hade träffat läkare. Tabell 4 redovisar bakgrundsvariabler för deltagarna.

Tabell 4. Demografi för de intervjuade kvinnorna ($n = 11$)

Variabel		Antal (n)
Ålder	21–30	2
	31–40	4
	41–50	2
	51–60	1
	61–70	2
Födelseland	Afghanistan	1
	Azerbajdzjan	1
	Colombia	1
	Irak	1
	Iran	1
	Kurdistan	2
	Libanon	2
	Sudan	1
Syrien	1	
Utbildningsgrad	Ingen	1
	Grundskola	3
	Gymnasie- eller yrkesutbildning	2
	Universitet eller motsvarande	5
Migrationsstatus	Asylsökande	1
	Tillfälligt uppehållstillstånd	5
	Permanent uppehållstillstånd	1
	Svenskt medborgarskap	4
Sysselsättning	Ja	8
	Nej	2
	Pensionerad	1
Antal år i Sverige	0–5	3
	6–10	4
	11–15	2
	16–20	0
	21+	2

Sammanfattningsvis visade den kvalitativa analysen att kvinnor har flera psykiska och fysiska symtom på ohälsa och att de lever i en utmanande psykosocial situation. Kvinnorna diskuterade flera könsbaserade barriärer till vård. De beskrev flera positiva hälsoeffekter till följd av behandlingen. De kände sig omhändertagna och väl bemötta av personalen men behandlingen upplevdes också som krävande. Kvinnorna önskade fler gruppaktiviteter, till exempel med fokus på deras rättigheter. De efterfrågade mer information om Röda Korsets behandlingsinsatser för att nå ut till fler kvinnor. De lyfte också behovet av samverkan mellan olika vårdinstanser och myndigheter. I texten som följer presenteras resultaten i sin helhet.

Betydelsen av att stärka kvinnors möjligheter att överkomma individuella och strukturella barriärer till vård och stöd

Deltagarna diskuterade möjliga barriärer för kvinnor att söka vård. Exempel på en möjlig barriär som diskuterades var kvinnors ofta låga status och bristande kunskap om sina grundläggande rättigheter. En annan möjlig barriär som lyftes var att kvinnor tar ett stort ansvar för hem och barn, vilket gör det svårt för dem att fokusera på sin hälsa. Vidare resonerade studiedeltagarna att bristande kunskap om psykisk ohälsa och vilken vård som finns att få kan hindra kvinnor från att söka vård. Detta gäller särskilt om deras partner inte stödjer dem i att söka vård eller om de lever i en våldsam relation. Kvinnorna ansåg det därför nödvändigt att deras anhöriga får information om psykisk ohälsa och vad behandling innebär. Deltagarna betonade vikten av att kvinnor under asylprocessen ges möjlighet att lära sig språket för att kunna tillvarata sina rättigheter.

”Jag pratar om kvinnor som emigrerat från sina länder, som har varit mycket förtryckta där eller blivit mycket illa behandlade av sina män. De kvinnor som behöver verkligen hjälp här, de som blivit illa behandlade, haft mycket problem i

hemlandet. Även om de kommit till Sverige, de vet inte att de har rättighet att prata med någon här, de vågar inte kanske vara med i såna samtal.”

Deltagare 6

De intervjuade kvinnorna kände en viss tveksamhet till att påbörja traumafokuserad behandling. Negativa kommentarer om psykoterapi från andra kvinnor kunde påverka deras beslut och vissa tvivlade på sin förmåga att genomgå traumafokuserad behandling. En del hade också svårt att lita på sina behandlare inledningsvis, men förtroendet växte med tiden. Enligt kvinnorna blev de successivt alltmer bekväma med att diskutera sin hälsa och livssituation, och en del berättade att de till och med började längta till sin behandling efter en tid. Den egna motivationen och att man själv är villig att arbeta för förändring ansågs vara avgörande för att kunna tillgodogöra behandlingen. En kvinna beskrev hur hon aktivt behövde bestämma sig för att bryta sin isolering och utmana sina rädslor för att må bättre. Vikten av att acceptera sitt hälsotillstånd för att vara beredd att ta emot behandling uttrycktes också. Slutligen berättade en deltagare att hon önskade att hon hade blivit erbjuden vård när hennes barn var små eftersom hon tror att hon då skulle ha haft bättre förutsättningar att ge dem vad de behövde. Hon menade också att barnen bör vara en motiverande faktor för kvinnor att söka vård när de mår dåligt.

”För det första måste en person, kvinna eller man, acceptera att den har en depression och vill ha acceptera att få en behandling. Men om man inte vill acceptera och ta emot en sådan här behandling det hjälper inte. Men man ska själv vara beredd att förstå att ha depression, och vill ha hjälp och ta emot behandling. Och man måste förlåta sig själv.”

Deltagare 4

En del kvinnor berättade att de erbjöds traumafokuserad behandling efter ett par månaders väntetid. Andra fick vänta längre och de upplevde väntetiden som svår. Kvinnorna kom i kontakt med behandlingscentren genom andra vårdkontakter eller genom egenremiss, men deras upplevelse var att det kan vara svårt att få rätt hjälp. Olika orsaker till att det kan vara svårt att få rätt hjälp för kvinnor diskuterades. Exempel på orsaker som angavs var bristande kunskap och förståelse om deras problematik inom vården och andra myndigheter, språkförbistringar samt föreställningar om psykisk ohälsa i deras närmiljö. En av de intervjuade berättade till exempel att en bekant tog avstånd från henne när det blev känt att hon gick i behandling. Enligt kvinnorna kan det också finnas rädsla hos kvinnor att bli dömda av sina behandlare eller för vad som skulle kunna hända om information om dem delades med andra myndigheter. En kvinna berättade till exempel att en granne till familjen hade sagt att hon skulle förlora vårdsnaden om sina barn om hon berättade för sina behandlare om sitt mående. Att kvinnor får kunskap om att det råder tystnadsplikt inom vården lyftes fram som viktigt för att fler ska våga söka hjälp. Kvinnorna påpekade behovet av mer information och kunskap om behandlingscentren samt en bättre samverkan mellan olika myndigheter och samhällsaktörer för att öka tillgången till vård och stöd för målgruppen. En kvinna menade att brister och privatiseringar i samhället i stort riskerar att försämra möjligheten för flyktingkvinnor att få rätt vård.

"Alla eller de flesta tror att Röda Korset är som en psykiatrisk mottagning, de som är vansinne, som har problem med, psykiska sjuka. De vet inte att Röda Korset är ett projekt, ett verktyg som man kan använda för att stärka sig själv. Man måste förklara detta väldigt mycket för kvinnorna."

Deltagare 6

Att leva med och hantera fysiska och psykiska besvär i en utmanande psykosocial situation och att se förändringar i måendet över tid

Kvinnorna beskrev att händelserna som de tidigare upplevt påverkade deras hälsa. Ett vanligt problem som beskrevs var rädsla, inte sällan för män. Detta kunde leda till att de inte vågade vara ute själva. Även kroppsliga symtom beskrevs av kvinnor, till exempel generella smärtor, spänningar och yrsel. De hade sömnproblem och återkommande mardrömmar vilket gjorde dem trötta och orkeslösa. Sorg efter förluster gjorde att de kände sig nedstämda och saknade hopp om framtiden. De beskrev också svårigheter med koncentration och minne. En del kvinnor berättade att de tidigare fått mediciner förskrivna för sitt mående men att problemen kunde kvarstå ändå. Deltagarna uppgav att måendet kunde gå upp och ner och att hälsan påverkades negativt av stress. Vissa kände att deras lidande var så stort att de inte ville leva längre.

"Ja, till exempel det temat att jag var rädd för män. Också här i Sverige hände det och då pratar vi om ett land som är mycket tryggare. Det fanns ju ingen anledning att bli rädd för alla män som kom i min närhet ute på gatorna. Och till exempel, detta med motorcyklar på sommaren. Jag behövde förstå att jag inte behövde bli rädd för alla motorcyklar som körde bredvid mig. Jag behövde förstå att de inte skulle döda mig, att de inte letade efter mig för att döda mig. I början var det något som gav mig huvudvärk – män på motorcyklar, att möta män i mörkret i vintern. Detta jobbade vi med mycket hos [psykologen]. Jag sa [psykologens namn], jag känner mig galen, jag känner att jag håller på att bli galen för jag var så rädd, och jag sa till mig själv jag behöver inte vara rädd men det kändes som att jag höll på att bli galen."

Deltagare 1

Kvinnorna beskrev en stressande psykosocial situation som påverkade deras hälsa negativt. En deltagare beskrev utmaningen i att vara ensamstående med barn i ett nytt land samtidigt som hon skulle lära sig ett nytt språk och försöka komma ut i arbete. Andra kvinnor berättade om svårigheter i relationen till sina makar. Svårigheterna kunde bero på tidigare erfarenheter av våld eller på en stressfylld psykosocial situation för familjen i Sverige. I något fall ledde svårigheterna till skilsmässa men i andra fall blev relationen bättre under tiden kvinnan gick i traumafokuserad behandling. En utdragen asylprocess var en annan stressfaktor som kvinnorna lyfte och som kunde påverkade både dem och deras barn negativt. En kvinna beskrev att det kändes som att tiden stod stilla medan hon väntade på besked om uppehållstillstånd och att hon längtade efter att få bli en del av samhället.

"Jag var så rädd att gå tillbaka, eller att någon ska ta mig och skicka mig tillbaka fast jag är legal här. Jag har aldrig varit illegal här men ändå den papper, den legitimationen hjälpte mig inte. Jag tänkte alltid det kommer att ta slut sen en annan grej, troende, jag trodde att någon ska komma och ta mig eller någon spårar mig hela tiden. Den här rädslan. (...) Jag fick tre år tidsbegränsat tillstånd. Efter det jag mådde bättre. Hur jag mådde bättre? Jag tänkte så här, nu jag fick tillstånd att jag kan bo här jag bor här i tre år. Så den här tre år kan hända mycket och då de kan skicka mig tillbaka. Den här oron jag inte van. Jag kan inte sluta tänka på den. Jag ska säga en sak, kanske den behövs inte säga, men jag vill säga så att du förstår min situation. Jag jobbade med en kvinna, som jag jobbade som personlig assistent och det är tyvärr, tyvärr jag använder den ord som inte är så fint men de kvinnan är rasist. Och så tyvärr, men jag tänkte nej, jag måste orka den för jag är så rädd. Min rädsla gjorde att jag fick den där dåliga atmosfär, dåliga saker istället för att sluta jobba. Det är mitt

val, jag kunde ha valt annat. Men den rädslan lämnade mig inte ifred."

Deltagare 7

Med undantag för en person uppgav kvinnorna att deras hälsa förbättrades efter traumafokuserad behandling. Deltagarna upplevde förbättringar så som mindre stress, ångest och rädsla samt en förbättrad förmåga till känsloreglering. De fick en större förståelse för hur stress kan påverka hälsan och de blev inte längre lika påverkade av sina tidigare traumatiska erfarenheter. De upplevde ett ökat självförtroende, en ökad självkänsla och de kände sig mer positiva och hoppfulla inför framtiden. Även de kroppsliga besvären minskade; huvudvärk och spänningar släppte och kvinnorna blev bättre på att hantera sina kroppsliga besvär. Sömnen förbättrades också, de hade färre mardrömmar och kände sig mindre trötta. Kvinnorna upplevde också att deras sociala relationer förbättrades, och de kände sig mer lugna och närvarande.

"Jag känner så där, när jag går till folk och pratar med dem, det känns som alla andra som blivit lika mycket drabbade att du är en av dem, men när jag kommer hit och pratar, jag känner att jag kan prata fri och det finns någon som lyssnar på mig och jag mår bra. Första fyra år jag bodde här, det var så, jag levde men det var bara kroppen här, jag kände ingenting av naturen, jag gick samma väg fyra år, jag visste inte hur fint det var. De sade till mig att det är kallt eller varmt eller fint väder eller inte, jag märkte ingenting, jag tänkte varför ni säger så? Men nu jag kan se vägen, jag känner vägen nu när jag går dit, jag känner att det är en fin väg till exempel, sådana saker."

Deltagare 9

Stödjande och omsorgsbaserad interdisciplinär traumafokuserad behandling upplevs som hjälpsam men krävande

Kvinnorna beskrev att delar av den traumafokuserade behandlingen kunde upplevas som krävande. Exempel på vad som kunde vara utmanande var att ha flera tider efter varandra eller att delta i gruppaktiviteter. En kvinna upplevde att det var ansträngande att utöver besöken hos sina behandlare även förväntas göra hemuppgifter mellan sessionerna. Även samtalen, och själva innehållet i hemuppgifterna, kunde upplevas som utmanande. Samtalen kunde göra dem trötta och de grät ofta under terapin. Det var svårt att berätta om sina minnen och en kvinna berättade om hur orolig hon var inför besöken. Kvinnorna kunde beskriva ökade symtom och ett försämrat mående i början av terapin, till exempel fler mardrömmar och/eller påträngande minnesbilder. Även spänningar och smärtor i kroppen kunde öka till följd av samtalen. Symtomen kunde hålla i sig i flera dagar efter besöken och en del övervägde därför att avsluta behandlingen. Samtidigt beskrev de flesta kvinnor att behandlingen successivt upplevdes som allt mindre belastande, vilket motiverade dem att fortsätta.

"Men på Röda Korset när jag fick den här behandlingen, sista behandlingen jag fick. Jag tänkte så här på början var jättejobbigt. Man kan känna så här jag orkar inte. Jag känner mig som jag sitter i ett fängelse och någon sitter framför mig och frågar hela tiden och de tvingar mig att jag svarar och tar hand om det vet du. Men jag försökte i alla fall att vara på behandlingen och ta hand om den här behandlingen. Jag kände mig jättesvårt. På några minuter jag känner mig att jag ska gråta men till sist, de tre första dagarna, de tre första dagarna det var jättejobbigt och jag var helt slut. Jag kunde inte, jag kände att det kommer allt på en gång. Jag ser framför

mig mina mardrömmar och den här händelsen och allt. De var de värsta dagarna. Men sen det blev bättre och bättre.”

Deltagare 4

Deltagarna upplevde Röda Korset som en trygg miljö vilket skapade förutsättningar för dem att våga berätta om sina traumatiska upplevelser och sin livssituation. De upplevde att personalen hade god kunskap om deras problematik och rätt kompetens för att hjälpa dem att må bättre. De beskrev att personalen var vänlig, tålmodig och de uppmuntrade kvinnorna att tro på att förändring var möjlig. Deltagarna upplevde också att de blev stärkta i sina resurser. De kände sig sedda och lyssnade till och upplevde att behandlarna gjorde sitt bästa för att hjälpa dem. Detta sammantaget gjorde att deltagarna överlag var nöjda med det bemötande som de fick. Vissa beskrev personalen på behandlingscentren som en andra familj.

”Jag tror att den del av det är hans yrke och kunskap men jag tycker att andra delen som är nästan likadant viktigt är hans personlighet och beteende som gör att de som kontakter honom ger den här litar på honom och man kan berätta den där som man har i hjärtat.”

Deltagare 8

Kvinnorna beskrev flera hjälpsamma komponenter i behandlingsarbetet. Hos psykologen fick de kunskap om stress och hur upplevelser av krig och flykt kan påverka hälsan. Genom att upprepa minnen i detalj samt göra hemuppgifter fick kvinnorna hjälp att bearbeta sina minnen och utmana sina rädslor. En kvinna beskrev hur hon övervann sin rädsla för män genom att vistas på offentliga platser medan en annan fick träna på att ta sig till behandlingen själv. Deltagarna fick även råd om hur de kunde hantera sina känslor och sin hälsa, till exempel uppmuntrades de till promenader och socialt umgänge. Hos fysioterapeuten lärde sig kvinnorna hjälpsamma andningstekniker, att lugna sig själva och att hantera

kroppsliga smärtor. Kuratorn hjälpte dem med frågor rörande deras psykosociala situation.

”Jag fick lära mig något bra också av dem, om någon bild kommer till mig och den är irriterande eller något, jag kan...att jag inte ska lägga den på sidan, att jag ska låta den komma tillbaka, flera gånger, flera gånger fast den irriterar mig och sen kanske man mår bra, sen man slipper den, då försvinner den (...) ärligt sagt jag fick lära mig massor, många rörelser när jag är stressad eller mår inte bra, hur jag ska göra med mina ben så att jag ska må bättre, sådana saker som har hjälpt mig, många rörelser.”

Deltagare 9

Kvinnorna gav också flera exempel på sådant som upplevdes som betydelsefullt för dem i verksamhetens struktur och rutiner. Familjeaktiviteter upplevdes som meningsfulla då de gav möjlighet att träffa andra familjer som befann sig i en liknande situation som ens egen, och det fanns önskemål om fler sådana aktiviteter. Att vid behov få hjälp med remisser till andra vårdinrättningar upplevdes som hjälpsamt. Deltagarna lyfte också vikten av att behandlarna är tydliga kring vad sekretess innebär för att nya patienter ska kunna känna sig trygga nog att börja i behandling. Flera förslag framkom gällande vad centren kan göra för att bättre anpassa sin verksamhet efter kvinnors behov. Ett önskemål som särskilt lyftes fram var att ge kvinnor möjligheten att ses i grupp för att diskutera rättigheter, utbyta erfarenheter och ge varandra stöd. Det framkom också önskemål om att få hjälp att skriva sin livshistoria för att på det sättet ge andra kvinnor en möjlighet till igenkänning.

”Exakt, var flexibel, var lite, ni kan till exempel ha kvinnodagar och ta dem in. Alltså, att berätta det är stor, stor del av behandlingen men att samla dem. Okej, det finns andra också som mig. Jaha, hon är också som mig. Hon har upplevt också

någonting. Få dem att prata med varandra. Ni kan prata med dem, ni kommer att få en massa nya idéer liksom, massa kunskap. Tycker jag i alla fall, för jag har varit med.”

Deltagare 11

Delstudie 2

Personal från samtliga sex RKC intervjuades i fokusgrupper. Totalt deltog 32 personer. I tabell 5 presenteras bakgrundsvariabler för deltagarna i fokusgrupperna.

Tabell 5. Demografi för fokusgrupperna ($n = 32$)

Variabel		Antal (n)
Könsidentitet	Kvinna	28
	Man	4
	Annan	0
Ålder	20–29	2
	30–39	14
	40–49	8
	50–59	5
	60+	3
Profession	Administratör	2
	Fysioterapeut	2
	Kurator/socionom	4
	Psykolog/PTP- psykolog*/psykologkandidat	18
	Verksamhetsutvecklare	1
År som anställd	0–3	20
	4–6	7
	7–9	4
	10+	0

*PTP = Praktisk tjänstgöring för psykologer

Sammanfattningsvis visar den kvalitativa analysen att fokusgrupperna anser att kvinnor är särskilt utsatta för könsbaserat våld och patriarkalt förtryck, vilket i sin tur påverkar deras hälsa. Det identifierades också möjliga hinder för kvinnor att söka och få tillgång till lämplig vård. I fokusgrupperna framhölls att Röda Korsets behandlingscenter kan tillhandahålla adekvat vård, men att det finns flera områden som behöver utvecklas för att bättre möta kvinnors behov. I texten som följer presenteras resultaten i sin helhet.

Kvinnor utsätts för könsbaserat våld och lever i patriarkala strukturer som påverkar deras livssituation och hälsa men de uppvisar samtidigt styrka och motståndskraft

Deltagare beskrev att kvinnor som de möter bär på många erfarenheter av våld kopplat till krig, flykt men också relaterat till deras könstillhörighet. Risken att utsättas för sexualiserat våld lyftes som särskilt för just kvinnor. De diskuterade att våldet mot kvinnor sker som en del av krigsföringen men att kvinnor också utsätts för våld inom familjen. Deltagare beskrev att kvinnors våldsutsatthet tenderar att fortsätta även efter flykten i det nya landet som de kommer till. En deltagare berättade att kvinnor många gånger tvingas att använda sig av sexuella handlingar som ett sätt att finansiera flykten eller tillfälliga boenden efter flykten. Enligt deltagarna kan det våld som utövas mot kvinnor inom familjen uttrycka sig genom att hon blir ekonomiskt beroende eller att hon begränsas i sitt livsutrymme och beslutsfattande. En deltagare menade att det långvariga relationella våldet som kvinnor drabbas av riskerar att leda till omfattande hälsokonsekvenser.

”Ja, så är det ju också. En annan sak som jag kom att tänka på är det här med när det pågår våld i familjen, det tycker jag alltid är svårt, när det finns trauma från – det kan vara krig, tortyr, flykt – men det finns också våld inom familjen som

kanske pågått i hemlandet i alla fall och som fortsätter här på olika sätt.”

Kurator, behandlingscenter C

I fokusgrupperna lyftes att kvinnor dels kan ha en underordnad position i familjen, dels kan vara utsatta för diskriminering i samhället. Många kvinnor som deltagarna hade träffat har inte fått tillgång till utbildning eller offentligt liv i sina hemländer. Deras plats har ofta varit begränsad till hemmet och fortsätter att vara det även i Sverige. Deltagare lyfte att kvinnor kan leva ihop med en partner som också mår dåligt och att detta i kombination med att kvinnor tenderar att prioritera familjens behov framför sina egna gör det svårt för dem att få tid till återhämtning för sig själva. Under diskussionerna framkom det att personalen upplever att kvinnor oroar sig för hur framtiden ska bli för sin egen och för familjens del. Deltagare lyfte att många kvinnor levt under ett patriarkalt förtryck vilket kan göra det svårt för dem att tillgodose sina egna behov och göra sina röster hörda även idag.

”Dels i relation till familjen, dels många i interaktion med samhället, det är en större andel kvinnor som har lägre utbildningsnivå, som har haft svårare att komma in i samhället, att klara av sin SFI, som är analfabeter när de kommer hit och som har (ohörbart) när det kommer till skolgång eller så. Där blir också ett större behov av hjälp i relation till myndigheter bland annat.”

Kurator, behandlingscenter A

Deltagare vittnade om att kvinnor som de träffar lider av omfattande ohälsa. De uppvisar PTSD-symtom till följd av sina trauman vilka kan uttrycka sig i bland annat sömnsvårigheter, rädsla, ångest, koncentrationssvårigheter och tillitsproblem. Deltagarna uppgav också att kvinnor lider av kroppsliga smärtor och långvariga smärttillstånd. Sorg och nedstämdhet är också en del av

problembilden liksom rädsla för män. Det kan finnas en dissociativ problematik som yttrar sig i svimningar och närvarobortfall i samband med stark stress. Vidare diskuterades det att det kan finnas en skam- och skuldproblematik kring de övergrepp som de utsatts för, vilket kan leda till känslor av självhat och skuldskänslor om de till exempel inte förmår vara intima med sina partners. En deltagare berättade att kvinnors hälsotillstånd kan påverka deras tålamod med sina barn och deras förmåga att vara känslomässigt närvarande, vilket kan göra att de känner sig som dåliga mödrar. Rädslan att deras anhöriga ska få reda på vad de varit utsatta för kan också prägla kvinnors liv. Den tystnadskultur som finns kring kvinnors upplevelser kan innebära att de under lång tid bär på sina trauman i tystnad, vilket kan leda till känslor av ensamhet och isolering.

”Så dels det med PTSD och sen det här med tillit, att det kan vara ja svårt att det tar lite tid att om man har tillitsproblem, det kan ta lite tid liksom att helt våga lita och så där och, ja alltså att det är svårt att, att det är svårt att... i relationen till närmaste familjen kan man känna sig trygg men ganska otrygg i så här, ja men precis kanske så där svårt att skapa relationer utanför den närmsta familjen, svårare med det för att det finns en, tillitsbrist och otrygghetskänslor som hänger ihop med PTSD:n också.”

Psykolog, behandlingscenter A

I fokusgrupperna diskuterades de styrkor och resurser som kvinnor uppvisar trots svårigheterna som de går igenom. I sina hemländer, och i Sverige, kan de ha gjort motstånd för att stå upp för rätten till sin kropp och att fatta egna beslut. Deltagare beskrev att kvinnor har lyckats hålla ihop familjerna under svåra omständigheter och att de drömmer om och arbetar för en bättre framtid för sig själva och sina familjer. Deltagare uppfattade att kvinnor värnar om sina relationer, att de är lojala och att de har en god förmåga att bygga gemenskap. En

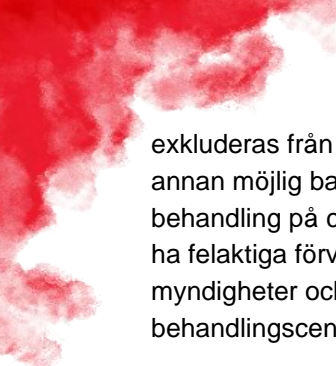
deltagare beskrev att kvinnor känner frustration över att ses som offer när de i själva verket har uppvisat mod och handlingskraft genom livet.

”Jag tycker det finns en stor missuppfattning hos Socialtjänsten att en traumatiserad mamma inte kan vara en bra mamma, att de har problem med att skapa anknytning, att eftersom de har mardrömmar de kan inte ta hand om åtta barn. Men det här är en helt fel slutsats. I praktiken har jag sett att en mamma med tio barn, väldigt traumatiserad mamma, har kunnat härbärgera åtta barn och flytta från lägenhet till lägenhet hos släktingar på grund av hemlöshet och hon har lyckats att härbärgera åtta barn. Det är otroligt.”

Psykiater, behandlingscenter A

Strukturella, psykosociala och individuella barriärer försvårar för kvinnor att söka och tillgodogöra sig adekvat vård och stöd

I fokusgrupperna diskuterades möjliga barriärer för kvinnor att söka och få adekvat vård och stöd. Två möjliga hinder som diskuterades var bristen på aktörer som kan erbjuda målgruppen specialiserat stöd och behandling, samt att vården inte alltid identifierar kvinnor som lever i våld och förtryck. Det senare relaterades till en hög arbetsbelastning, hög personalomsättning och otillräcklig tolkanvändning inom vården. Deltagarna diskuterade även att kvinnor riskerar att felbedömas vilket kan göra att de inte remitteras vidare för adekvat vård och stöd. I en fokusgrupp lyftes att fler kvinnor sökte behandling när det fanns möjlighet att söka vård genom egenremiss och inte bara genom remiss från andra vårdgivare. Vidare diskuterades möjliga barriärer inom de olika behandlingscentrens organisation. Inklusionskriterier som avgränsas till erfarenheter av krigsrelaterat våld lyftes som en möjlig barriär för kvinnor att erbjudas vård. Avgränsningen kan göra att kvinnor som utsätts för annat våld, till exempel inom familjen och i hemmet,



exkluderas från den specialiserade vård som erbjuds på centren. En annan möjlig barriär som diskuterades är den långa kötiden för behandling på centren. Deltagare diskuterade också att kvinnor kan ha felaktiga förväntningar på vilket stöd de kan få eftersom vården, myndigheter och civilsamhället saknar kunskap om vad behandlingscentren kan erbjuda.

"När vi pratar om det så åtminstone tänker jag att det nog är så att kvinnor har fler liksom traumatiska händelser bakom sig som inte är typiskt relaterade till krig, flykt och tortyr också... att de liksom har mer grund för PTSD:n och så får jag en upplevelse av när vi pratar om det nu, att det nog kan vara så... och det känns ju som en viktig sak att tänka på behandlingsmässigt men också när det gäller vår målgrupp och hur vi ska tänka kring det, det borde kunna, men det vet jag inte, men det borde kunna riskera att göra att det är fler kvinnor som inte inkluderas i vår målgrupp till exempel, när man tänker på det på det sättet men..."

Psykolog, behandlingscenter E

Deltagare berättade om psykosociala omständigheter som kan hindra dem från att söka vård och tillgodogöra sig behandling. En potentiell barriär som diskuterades är att kvinnor som inte fått gå i skolan eller fått ta del av offentligheten i sina hemländer kan ha svårt att på egen hand navigera i det svenska samhället. Andra hinder som diskuterades var kvinnors svårighet att fokusera på sin behandling på grund av oro över ekonomi, utbildning, sysselsättning och/eller familjens hälsa. Bristande tillgång till barnomsorg eller barnpassning eller att inte ha råd att ta sig till centret var också möjliga barriärer. Deltagarna diskuterade att kvinnornas rädsla att Socialtjänsten skulle ta deras barn ifrån dem hindrade dem från att berätta om sitt mående i behandling. Ibland hindrar kvinnors anhöriga dem från att söka vård och uppnå självständighet genom användandet av ekonomiskt, fysiskt och/eller psykiskt våld.

Dessutom kan pågående asylprocesser och oron för anhöriga som finns kvar i krigsdrabbade områden försvåra deltagande i behandlingen.

"En annan utmaning kan vara om de har en partner som mår psykiskt dåligt och kan inte ta hand om barnen eller som kommer med andra problem som gör svårare i livet för den där kvinnan, som... Jag vet inte, kvinnorna som har sånt problem och mardrömmar men som också har en partner som också har mardrömmar eller flashbacks. Det är som att de, det förvärrar deras psykiska hälsa. De får inte utrymme för att kunna få vila eller att få det stöd från sin partner så de trycker ner sina känslor och vågar inte ta den plats eller söka hjälp för sin partner. Det kan vara en utmaning för att även om man kommer med en massa rekommendationer och börjar jobba med trauma, det kan finnas som ett motstånd hemma."

Psykolog, behandlingscenter C

I fokusgrupperna diskuterades kvinnors tillitsproblem gentemot vården och myndigheter som ett möjligt hinder. Tillitsproblemen diskuterades vara relaterade till skam över tidigare upplevelser och oro över konsekvenser om deras berättelser sprids. Ett annat möjligt hinder som lyftes är att kvinnor kan vara rädda för manliga behandlare eller tolkar, vilket kan leda till att de tackar nej till den vård som erbjuds. Vissa kvinnor undviker också att gå ut efter att det blivit mörkt vilket kan försvåra för dem att ta sig till sin behandling. Vidare diskuterades det att kvinnor kan ha svårt att fokusera på behandlingen om de har en somatisk samsjuklighet och/eller många andra parallella vårdkontakter. Deltagare beskrev att det kan finnas ett motstånd till förändring och/eller en brist på motivation som gör att kvinnor fastnar i passivitet och hjälplöshet. De uppfattade även att en del kvinnor inte tycker att de är värda att må bättre eller att de kan känna sig så utmattade att de inte förmår arbeta för förändring. Kvinnors individuella förmåga till kommunikation, reflektion och

mellanmänskligt samspel ansågs också påverka deras möjlighet att tillgodogöra sig behandling.

”De delar av tortyren som inneburit sexuella övergrepp eller våldtäkter och så. Så dels det med PTSD och sen det här med tillit, att det kan vara ja svårt att det tar lite tid att om man har tillitsproblem, det kan ta lite tid liksom att helt våga lita och så där och, ja alltså att det är svårt att, att det är svårt att i relationen till närmaste familjen kan man känna sig trygg men ganska otrygg i så här, ja men precis kanske så där svårt att skapa relationer utanför den närmsta familjen, svårare med det för att det finns en, ja, tillitsbrist och otrygghetskänslor som hänger ihop med PTSD:n också.”

Psykolog, behandlingscenter A

På Röda Korsets behandlingscenter finns möjligheter att ge kvinnor adekvat vård och stöd men mer specifik kunskap och samverkan behövs

Deltagare diskuterade betydelsen av ett personcentrerat bemötande i kontakten med kvinnor. Enligt deltagarna känner sig kvinnor ofta väl bemötta av personalen på centret och beskriver behandlingscentren som en trygg plats. Att etablera och upprätthålla en god relation mellan patient och behandlare ansågs vara en viktig komponent i det kliniska arbetet. Vidare beskrev deltagare att kvinnor kan se behandlare som förebilder för hur de kan leva sitt liv i Sverige och det beskrevs även tillfällen där patienterna benämnt behandlarna som systrar.

”Det känns som att många kvinnor ser oss, hur ska jag säga, som allierade här. Många säger ju att ni är ju min syster, du är min syster, min familj, när de har gått här ett tag. Det här med att det är en trygg plats, som att ja, det är ganska stora ord som de kan göra om relationen till oss, tycker jag.”

Kurator, behandlingscenter C

Ytterligare ett tema som diskuterades var vikten och effekten av individanpassad behandling. Det ansågs att behandlingen som erbjuds är hjälpsam för många kvinnor och att de kan förbättras avseende PTSD-symtom och livskvalitet. Vikten av att möta kvinnor där de är, att lyssna till deras problemformulering och att stödja dem i deras vardag betonades. Enligt deltagarna tycker kvinnor att det är hjälpsamt att få dela med sig av sin historia men att det kan ta tid att förstå vad behandling innebär. Det ansågs därför vara nödvändigt att lägga tillräckligt med tid på detta i början av en kontakt. Flexibilitet i bemötande och i val av behandlingsmetod lyftes som en viktig faktor för en framgångsrik behandling, liksom att stärka kvinnors resurser så att de kan bli mer självständiga.

”Jag tycker också i mötet med patienterna, att informera om samtycke från patienternas sida, att vårdgivare förstår vad det är. Det är ganska komplext, att en person ska förstå vad man erbjuder och tackar ja till. Det är ju jättemånga som inte vet vad en psykolog är till exempel eller psykologisk behandling, att man verkligen förstår vad patienten egentligen förstår eller inte förstår för att de ska kunna ge ett samtycke kring det.”

Psykolog, behandlingscenter B

Deltagare ansåg att den vård och det stöd som erbjuds vid centren till stor del matchar kvinnors behov men de framhöll också att det finns utvecklingsområden. Teamarbetet och personalens möjligheter till utbildning och kompetensutveckling ansågs vara värdefullt. Vidare poängterades värdet av att ha tillgång till andra kompetenser inom Röda Korsets organisation, som till exempel migrationsrättjurister. För att kunna erbjuda kvinnor en bättre anpassad vård betonades behovet av samverkan med andra instanser, så som kvinnojourer och kvinnokliniker. Deltagarna underströk också vikten av att myndigheter och vårdaktörer som möter målgruppen får ökad information och kunskap om deras hälsotillstånd samt vilken vård som finns att tillgå.

”Jag tycker att även om känslan är att vi har för lite tid så tycker jag att det här är optimal utvecklingsmiljö. Jag känner att jag lär mig något varje dag. Vi får precis så mycket utbildningar som vi max kan klara av. Vi kan inte ha mer och att även om vi inte har tillräckligt med tid så går vi oftast utbildningarna tillsammans. Vi kan ändå bolla dem med varandra och utnyttja, eller ta tillvara på det vi lär oss mer än vad jag har upplevt på andra arbetsplatser där en person eller två skickas iväg på en utbildning och där man är själv med att förvalta det. Det är mycket svårare. Och vi gör olika projekt och vi testar lite olika nya saker. Vi diskuterar med varandra och så där så jag tycker att det egentligen ingenting jag saknar där.”

Kurator, behandlingscenter F

Deltagarna uttryckte önskemål om fördjupad kunskap inom flera områden. Exempel som lyftes var mer kunskap om våld i nära relationer, utvecklingstrauman och om konsekvenser av att ha levt under patriarkala förtryck. De efterfrågade mer kunskap om kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa, till exempel hur menscykeln och/eller klimakteriet påverka hälsan. Mer kunskap om de länder, kulturer och konflikter som kvinnor kommer ifrån efterfrågades också. Deltagare betonade även vikten av att vara uppmärksam på hur normer, värderingar och maktordningar kan påverka patientarbetet.

”Ja men alltså det som jag tyckte var mest intressant var ju den här diskussionen kring de här yttre omständigheterna som våra patienter drabbas av som vi kanske inte...men har...vi kanske inte har perspektivet med, då tänker jag liksom på patriarkatet, sexism och rasism och strukturer som gör...som påverkar de kvinnorna som kommer hit...och det kanske man gör i en individuell behandling om patienten själv lyfter det men det kanske inte är ett perspektiv som vi automatiskt har

med oss när vi träffar våra patienter, bara som en lins liksom som vi tittar igenom...så det tyckte jag var väldigt intressant att prata om.”

Verksamhetsutvecklare, behandlingscenter D

Förslag för att förbättra behandlingsarbetet på Röda Korset inkluderade att ta fram och använda sig av anpassad information och psykoedukation på olika språk. Vidare diskuterades behovet av att utveckla digitala behandlingsverktyg och distansbehandling för att nå fler patienter. Deltagare önskade också fler gruppaktiviteter utvecklade i samråd med målgruppen. Vikten av att fortsätta med Röda Korsets påverkansarbete för att lyfta målgruppens rättigheter i samhället underströks också.

”Det som du lyfte upp att vi överlag pratar väldigt lite om kön och genus... och att vi behöver göra det mer och att vi är många här som har nämnt att, alltså se till individen och att det är svårt att generalisera men att det riskerar att göra att vi också missar saker, att saker blir osynliga för oss för vi vill inte... vi har så stark motvilja till att generalisera och att när vi pratar så här om det så framkommer det ändå att vi har saker vi tänker kring liksom skillnader i kön men framförallt då att vi har väldigt lite specifik kunskap, att vi sitter och spekulerar och det som behövs är att gå direkt till kvinnorna.”

Fysioterapeut, behandlingscenter E

I fokusgrupperna diskuterades kvinnors ofta komplexa psykosocial situation och dess påverkan på behandling. Deltagare beskrev att kvinnor kan komma med olika praktiska frågor rörande deras vardag och vikten av att ha en tillgänglig kurator, samt en bättre samverkan med myndigheter, betonades därför. En deltagare uppgav att det skulle vara hjälpsamt med en så kallad case manager som samordnar kontakterna kring en person. Deltagare uppfattade att kvinnor uppskattar det psykosociala stödet och familjeaktiviteterna

som erbjuds på centren. De lyfte dock att kvinnor efterfrågar konkret hjälp i föräldrarollen och fler aktiviteter för familjen. Vikten av att se till hela familjens behov av stöd underströks, liksom att kunna erbjuda familjer som helhet behandling. Ett återkommande önskemål bland deltagare var att kunna erbjuda barntillsyn i samband med besök på centren för att underlätta för kvinnor att fokusera på behandlingen. Detta skulle till exempel kunna ske i samverkan med Röda Korsets lokalavdelningars frivilligverksamheter.

"Jag känner igen mig i det, att de ofta har något väldigt specifikt de vill ha hjälp med. De ska flytta från sin lägenhet om två veckor eller de har inga pengar kvar den här månaden. Oftast kommer de med någonting väldigt specifikt som de många gånger behöver hjälp med (...) Ofta blir det då bilden läggs, att man förstår hur komplex situationen kan vara så när man jobbat med dem ett tag."

Kurator, behandlingscenter A



Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors och vårdpersonals upplevelser av traumafokuserad behandling på RKC samt identifiera möjliga förbättringar. Sammantaget visar studien att kvinnor med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt lider av psykisk och fysisk ohälsa, samt att de lever i en svår psykosocial situation. Det finns många positiva effekter på den psykiska, fysiska och sociala hälsan hos kvinnor som får traumafokuserad behandling men behandlingen upplevs också som utmanande. Flera barriärer som påverkar kvinnors möjlighet till vård och stöd identifierades. Resultaten i denna studie bekräftar tidigare forskning som visar att kvinnor lever med en dubbel utsatthet i form av både könsbaserat våld och patriarkala strukturer som präglar och begränsar deras liv. Dessa patriarkala strukturer kan hindra kvinnor från att få den vård som de behöver (26). Dessutom kan det våld som kvinnorna utsätts för i förlängningen hindra dem från att söka adekvat vård (27). I en översiktsartikel konstateras att det finns kunskapsluckor i hur man bäst bemöter och behandlar personer med flyktingbakgrund som också blivit utsatta för könsbaserat våld (28). De insatser som för närvarande ges tenderar att fokusera på en dimension av hälsan, till exempel den somatiska eller psykologiska. Behovet av interventioner för målgruppen som istället antar ett holistiskt perspektiv på hälsa understryks dels i tidigare forskning (28,29), dels av personalen på RKC.

Könsbaserat våld förekommer internationellt sett av den dignitet att det klassas som ett folkhälsoproblem (30). Också i denna studie beskrevs att en utsatthet för könsbaserat våld och patriarkala strukturer påverkar kvinnor på individuell och samhälls nivå. På individnivå beskrevs till exempel att kvinnor kan ha begränsade möjligheter att prioritera sin hälsa på grund av att de har ett stort

ansvar för familj och hem. På samhälls nivå påverkas bland annat kvinnors möjlighet att delta i det offentliga livet. Dessa resultat stämmer överens med tidigare forskning som betonar kön som en viktig faktor att ta hänsyn till när vård- och samhällsinsatser utformas (26).

Ett önskemål från vårdpersonalen som framkom i denna studie var att få ökad kunskap om hur man jobbar med kvinnor som befinner sig i en aktuell våldsutsatthet parallellt med en traumahistorik.

Tidigare forskning har visat att det finns kunskapsbrister kring hur



De intervjuade kvinnorna uttryckte önskemål om att få delta i särskilda grupper där de kan diskutera sina rättigheter och ge varandra stöd

man bäst bemöter och behandlar personer med denna dubbla problematik (28,31). I riktlinjer för traumafokuserad vård, liksom i tidigare forskning, betonas vikten av samverkan med andra relevanta aktörer för att möta de komplexa behov som kan finnas (6,32). I

föreliggande studie framkom också behov av ökad samverkan mellan olika samhällsaktörer, särskilt med aktörer som arbetar för att minska kvinnors våldsutsatthet.

De intervjuade kvinnorna uttryckte önskemål om att få delta i särskilda grupper där de kan diskutera sina rättigheter och ge varandra stöd. Tidigare studier visar på sambandet mellan tillgång till socialt stöd och en minskad psykisk ohälsa i flyktingpopulationen (33,34). I fokusgrupperna underströks vikten av att de grupper som erbjuds utvecklas i samråd med målgruppen för att vara effektiva och relevanta för deltagarna.

I denna studie framkom att negativa attityder och fördomar kring psykisk ohälsa hos målgruppen och deras anhöriga kan utgöra en barriär för kvinnor när de söker vård. Detta går i linje med vad tidigare forskning visat (16). För att korrigera felaktiga föreställningar om psykisk ohälsa och vad behandling innebär föreslog de

intervjuade kvinnorna och fokusgrupperna att det behövs mer information om psykisk ohälsa och vilka behandlingsinsatser som finns. Informationen behöver nå ut till både kvinnor och deras anhöriga. Information om målgruppens problematik och behov, samt vilken vård som finns att få, behöver också nå ut till andra myndigheter och



En framgångsfaktor som angavs var det interdisciplinära teamarbetet runt patienten

vårdaktörer. Detta skulle, enligt de intervjuade kvinnorna och fokusgrupperna, kunna motverka diskriminering av målgruppen och även bidra till att tillgängliggöra vården och stödet för kvinnorna. I en tidigare kartläggning framhävs också behovet av att fler aktörer får kompetens inom specialiserad traumavård för att tillgodose behovet som finns i Sverige (21).

Samtliga kvinnor som intervjuades, förutom en, beskrev positiva hälsoutfall av att ha deltagit i behandling. Även om kvinnorna uppgav att de blev bättre av behandlingen beskrev de den också som utmanande. Flera av kvinnorna övervägde till följd av detta att avsluta sin behandling i förtid. I en översiktsartikel beskrivs sådant som kan påverka risken för avhopp från behandling. Exempel är symtomens svårighetsgrad i början av behandlingen, sociodemografiska faktorer och eventuella felaktiga föreställningar om vad behandling innebär (35). De intervjuade kvinnorna uppgav att de var nöjda med det bemötande och omhändertagande som de fick under sin behandling på RKC. De beskrev också att det var hjälpsamt för dem att deras behandlare stärkte dem i deras resurser. Tidigare studier visar på vikten av ett bemötande som präglas av trygghetsskapande, tillit, respekt och samarbete, liksom att stärka målgruppens egen motståndskraft (36,37). Både kvinnor och vårdpersonal framhöll att den behandlingen som erbjuds på RKC i hög utsträckning möter kvinnors behov. En framgångsfaktor som angavs var det interdisciplinära teamarbetet runt patienten. Detta stöds av andra studier som framhäver betydelsen av teamarbete för

målgruppen (38,39). Det finns också en samhällsekonomisk vinst att erbjuda flyktingpopulationen multidisciplinär rehabilitering (40).

Metoddiskussion

I metodavsnittet ovan presenteras tillvägagångssättet för arbetet med studien. Det finns flera metodologiska val som kan ha påverkat resultaten, till exempel urvalet av kvinnor och vårdpersonal. Det finns en risk att en tillräckligt stor variation avseende erfarenheter av behandling inte uppnåtts eftersom urvalet av kvinnor inte var strategiskt. Trots detta bedöms en tillräckligt tillfredsställande variation bland kvinnorna avseende ålder, födelseland, migrationsstatus, utbildningsnivå och tid i Sverige ha uppnåtts. Gällande deltagare i fokusgrupperna så fanns det en överrepresentation av psykologer och kvinnor, vilket i viss mån speglar yrkes- och könsfördelningen för de anställda på RKC. Fokusgruppdiskussionerna kan också ha påverkats av att två psykologkandidater närvarade utan att delta aktivt. Genom ett strategiskt urval hade fler yrkesgrupper kunnat inkluderas, liksom en bättre spridning avseende deltagarnas kön och anställningstid på RKC. Detta skulle ha kunnat ge en större variation avseende erfarenheter av, och perspektiv på, arbete med målgruppen.

Eftersom projektmedlemmarna LJ och PR vid tidpunkten för studien arbetade kliniskt på ett av behandlingscentren kan deras förståelse ha påverkat såväl datainsamling som tolkning av materialet. För att undvika detta har den tredje projektmedlemmen, TC, varit involverad i utformningen av intervjumallarna och kvalitetsgranskat samtliga steg i analysprocessen. TC intervjuade också den fokusgrupp på det behandlingscenter där LJ och PR är kliniskt verksamma. LJ och PR intervjuade inte några kvinnor som de själva haft i behandling. Trots detta kan risken för partiskhet inte helt uteslutas och resultaten bör därför tolkas med detta i åtanke.

Rekommendationer

Kliniska rekommendationer

Gällande det kliniska arbetet med målgruppen rekommenderas att öka deras tillgång till vård. Det behövs fler aktörer som kan erbjuda interdisciplinär traumafokuserad behandling för att ta hänsyn till samtliga aspekter av hälsa. För att fler inom målgruppen ska få tillgång till adekvat vård rekommenderas också utvecklandet av digitala lösningar för behandling. En bred kunskapsspridning om trauma och vilka behandlingsinsatser som finns att få behöver också ske. Detta gäller för såväl målgruppen som för andra vårdaktörer, myndigheter och samhällsinstanser. Till målgruppen och deras anhöriga skulle detta kunna göras genom användandet av skriftligt och/eller digitalt informationsmaterial på deras modersmål. Till andra vårdaktörer, myndigheter och samhällsinstanser skulle detta kunna göras genom utbildningsinsatser och en ökad samverkan. I det kliniska arbetet med målgruppen behöver deras komplexa livssituation tas i beaktning och behandling anpassas efter de förutsättningar som finns. Exempelvis skulle möjligheten till barntillsyn under kvinnors vårdbesök kunna underlätta för dem att delta i behandling. De intervjuade kvinnorna efterfrågar också mer kunskap om sina rättigheter i Sverige och att få stöd i sin föräldraroll. Sådana insatser skulle med fördel kunna genomföras i grupp.

Inom behandlingsverksamheten på Röda Korset föreslås också olika rekommendationer. En rekommendation är att vårdpersonalen får möjlighet till kompetenshöjning inom området könsbaserat våld, till exempel om våld i nära relationer och/eller hedersproblematik. Detta kan göras genom fortbildning samt genom samverkan med aktörer med specialiserad kompetens i frågan. Vidare rekommenderas att de nuvarande inklusionskriterierna på RKC breddas till att också innefatta våld inom familjen eller i hemmet och som sker i en krigs- eller flykttkontext. Detta eftersom kvinnor i hög utsträckning utsätts för

denna typ av våld men tidigare riskerat att inte erbjudas traumafokuserad behandling för det upplevelserna.

Ytterligare forskning

Det behövs mer genusspecifik och kulturellt sensitiv forskning kring kvinnor med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt. Denna kunskap kan ha betydelse i arbetet med att förbättra den traumafokuserade vården och för att utforma bättre anpassade stödsystem för målgruppen. Baserat på resultaten i denna studie har tre potentiella forskningsområden identifierats. Det första området avser att kvantitativt och kvalitativt utforska hur vården kan förbättras för målgruppen. Detta kan göras genom att ytterligare undersöka målgruppens upplevelser av traumafokuserad vård. Det är också viktigt att utvärdera långsiktiga hälsoutfall av den traumafokuserade behandlingen samt identifiera vilka behandlingskomponenter som är mest effektiva för målgruppen. Det andra området avser att fördjupa kunskapen kring vilka specifika delar av den traumafokuserade



Det behövs ytterligare genusspecifik och kulturellt sensitiv forskning kring kvinnor med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt

behandlingen som upplevs som utmanande för patienter. Detta kan ge betydelsefulla insikter om hur behandlingsföljsamheten för målgruppen kan anpassas och förbättras. Det tredje området avser att fokusera på hur kvinnors egna

resurser kan stärkas. Detta kan göras genom att undersöka hur peer support och/eller stödgrupper för kvinnor kan förbättra deras hälsa och motståndskraft. Det rekommenderas att inkludera målgruppen under hela forskningsprocessen så att deras perspektiv tas i beaktning.

Författarna



Linda Jolof

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Malmö

Leg. psykolog som arbetar kliniskt med behandling och tortyrskadeutredningar. Linda är projektledare för Mitt hjärtas syster och har tidigare arbetat ideellt med våldsutsatta kvinnor och flickor.



Patricia Rocca

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade Malmö

Leg. fysioterapeut som arbetar kliniskt med behandling individuellt och i grupp. Patricia har tidigare varit instruktör i ett dansprojekt för flickor med stressrelaterad ohälsa.

Handledare



Tommy Carlsson

Röda Korsets Högskola

Leg. barnmorska och specialist-sjuksköterska samt docent i omvårdnad som agerat handledare i det vetenskapliga arbetet; inklusive planering, datainsamling och analys. Tommy är huvudansvarig forskare för de två studierna i rapporten.

Referenser

1. Sharma A, Stuckey H, Mendez-Miller M, Cuffee Y, Juris AJ, McCall-Hosenfeld JS. The influence of patriarchy on Nepali-speaking Bhutanese women's diabetes self-management. Brownie SM, redaktör. PLOS ONE. 14 september 2022;17(9):e0268559.
2. Racine L, Isik Andsoy I, Maposa S. Muslim Syrian refugee women's exploration of breast cancer preventative care in a Western Canadian prairie city. *Int J Migr Health Soc Care*. 20 september 2021;17(3):337–52.
3. Matheson A, Kidd J, Came H. Women, Patriarchy and Health Inequalities: The Urgent Need to Reorient Our Systems. *Int J Environ Res Public Health*. 23 april 2021;18(9):4472.
4. Gottvall M, Sjölund S, Arwidson C, Saboonchi F. Health-related quality of life among Syrian refugees resettled in Sweden. *Qual Life Res*. februari 2020;29(2):505–14.
5. Jolof L, Rocca P, Carlsson T. Mitt hjärtas system. Upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och interventioner anpassade för dem – en litteraturstudie. [Internet]. 2022 sep [citerad 27 april 2023]. Report No.: 2022:1. Tillgänglig vid: https://www.rkh.se/globalassets/rkh/kompetenscenter/rapport_mitt_hjartas-syster-2022-1_final_webb.pdf
6. Hawkins MM, Schmitt ME, Adebayo CT, Weitzel J, Olukotun O, Christensen AM, m.fl. Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):45.
7. Gagliardi J, Brettschneider C, König HH. Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Confl Health*. december 2021;15(1):44.
8. Schock K, Böttche M, Rosner R, Wenk-Ansohn M, Knaevelsrud C. Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *Eur J Psychotraumatology*. 01 december 2016;7(1):32106.
9. Petter Tinghög, Andreas Malm, Charlotta Arwidson, Erika Sigvardsdotter, Andreas Lundin, Fredrik Saboonchi. Prevalence of

mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*. 01 december 2017;7(12):e018899.

10. Sağaltıcı E, Kocamer Şahin Ş, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Gaziantep University, Gaziantep, Turkey, Alpak G, Central State Hospital, Milledgeville, USA, Altındağ A, m.fl. Gender differences in the symptomatology of posttraumatic stress disorder among Syrian refugees settled in a camp in Turkey. *Psychiatr Danub*. 29 juni 2022;34(2):253–62.

11. Mundy SS, Foss SLW, Poulsen S, Hjorthøj C, Carlsson J. Sex differences in trauma exposure and symptomatology in trauma-affected refugees. *Psychiatry Res*. 2020;293:113445.

12. Jolof L, Rocca P, Mazaheri M, Okenwa Emegwa L, Carlsson T. Experiences of armed conflicts and forced migration among women from countries in the Middle East, Balkans, and Africa: a systematic review of qualitative studies. *Confl Health*. 07 september 2022;16(1):46.

13. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. december 2015;15(1):29.

14. Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Res Notes*. december 2018;11(1):616.

15. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. Smith Fawzi MC, redaktör. *PLOS ONE*. 20 juli 2017;12(7):e0181421.

16. DeSa S, Gebremeskel AT, Omonaiye O, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev*. december 2022;11(1):62.

17. Filler T, Jameel B, Gagliardi AR. Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC Public Health*. december 2020;20(1):1013.

18. World Health Organisation (WHO). Constitution of the World Health Organisation (1946). [Internet]. 1946. Tillgänglig vid: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
19. UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. dec 16, 1966. Tillgänglig vid: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.
20. Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa? [Internet]. Socialstyrelsen. 2023 [citerad 10 maj 2023]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/>.
21. Bergh Johannesson, K. Inventering av kapacitet för vård av traumarelaterad psykisk ohälsa i Sverige 2019 [Internet]. Uppsala: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet; [citerad 27 april 2023]. Report No.: 2021:1. Tillgänglig vid: https://www.medsci.uu.se/digitalAssets/986/c_986638-l_3-k_kckp_2021-01_inventering-kapacitet-for-bedomning-och-behandling.pdf.
22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. [Internet]. Socialstyrelsen; 2021 [citerad 27 april 2023]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>.
23. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
24. Riksdagsförvaltningen. Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2023:191 - Riksdagen [Internet]. [citerad 11 maj 2023]. Tillgänglig vid: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.

25. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. december 2012;40(8):795–805.
26. Zivot C, Dewey C, Heasley C, Srinivasan S, Little M. Exploring the State of Gender-Centered Health Research in the Context of Refugee Resettlement in Canada: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 15 oktober 2020;17(20):7511.
27. Phillimore J, Block K, Bradby H, Ozcurumez S, Papoutsi A. Forced Migration, Sexual and Gender-based Violence and Integration: Effects, Risks and Protective Factors. *J Int Migr Integr* [Internet]. 15 juni 2022 [citerad 10 maj 2023]; Tillgänglig vid: <https://link.springer.com/10.1007/s12134-022-00970-1>.
28. Block K, Nasr H, Vaughan C, Alsaraf S. What responses, approaches to treatment, and other supports are effective in assisting refugees who have experienced sexual and gender-based violence? (30).
29. Shi M, Stey A, Tatebe LC. Recognizing and Breaking the Cycle of Trauma and Violence Among Resettled Refugees. *Curr Trauma Rep*. december 2021;7(4):83–91.
30. García-Moreno C, Pallitto C, Devries, K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence [Internet]. World Health Organisation (WHO); 2013 [citerad 02 september 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>.
31. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reprod Health Matters*. januari 2015;23(46):45–55.
32. SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
33. LeMaster JW, Broadbridge CL, Lumley MA, Arnetz JE, Arfken C, Fetters MD, m.fl. Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: A path analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2018;88(1):38–47.

34. Nilsson H, Saboonchi F, Gustavsson C, Malm A, Gottvall M. Trauma-afflicted refugees' experiences of participating in physical activity and exercise treatment: a qualitative study based on focus group discussions. *Eur J Psychotraumatology*. 31 december 2019;10(1):1699327.
35. Semmlinger V, Ehring T. Predicting and preventing dropout in research, assessment and treatment with refugees. *Clin Psychol Psychother*. maj 2022;29(3):767–82.
36. Kusmaul N, Wolf MR, Sahoo S, Green SA, Nochajski TH. Client Experiences of Trauma-Informed Care in Social Service Agencies. *J Soc Serv Res*. 08 augusti 2019;45(4):589–99.
37. Levenson J. Translating Trauma-Informed Principles into Social Work Practice. *Soc Work*. 01 juli 2020;65(3):288–98.
38. Elmore CE, Tingen JM, Fredgren K, Dalrymple SN, Compton RM, Carpenter EL, m.fl. Using an interprofessional team to provide refugee healthcare in an academic medical centre. *Fam Med Community Health*. juli 2019;7(3):e000091.
39. Stammel N, Knaevelsrud C, Schock K, Walther LCS, Wenk-Ansohn M, Böttche M. Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *Eur J Psychotraumatology*. 24 november 2017;8(sup2):1377552.
40. Bager L, Hansen KS, Andersen CJ, Wang SJ. Does multidisciplinary rehabilitation of tortured refugees represent 'value-for-money'? A follow-up of a Danish case-study. *BMC Health Serv Res*. december 2018;18(1):365.

Bilagor

Bilagorna finns att hämta på www.rkh.se/kompetenscenter

Bilaga 1. Informations- och samtyckesblankett kvinnor

Bilaga 2. Intervjuguide kvinnor

Bilaga 3. Informations- och samtyckesblankett fokusgrupper

Bilaga 4. Intervjuguide fokusgrupper

Svenska Röda Korset

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på sex platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Stockholm, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade i Stockholm 1985.

Röda Korsets Högskola

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi kliniknära forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



Röda Korsets Högskola Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | info@rkh.se | www.rkh.se